

Declaración del Médico sobre la muerte del Asegurado

Este cuestionario debe ser contestado de su puño y letra por el médico que asistió al Asegurado durante su última enfermedad. (Se ruega contestar con la mayor claridad y amplitud posible todas las preguntas y al efecto téngase en cuenta las indicaciones impresas al dorso).

1 - Nombre y apellido completos del Asegurado.....
2 - ¿ Desde qué fecha lo conocía usted. ?
3 - En la fecha del deceso, ¿Cual era su residencia ?
4 - Le conoció usted otro domicilio ?.....
5 - a) En la fecha del deceso, ¿cuál era su ocupación ?..... b) ¿ Le conoció usted otra ocupación ?	5 - a) b)
6 - Especifique con la mayor exactitud los siguientes datos relacionados con su apariencia física al fallecer.....	Edad: Estatura:..... Peso:..... Color del cabello: de Ojos: Señas particulares:
7 - a) Donde ocurrió el fallecimiento ? (Domicilio, sanatorio, policlinico, etc) b) ¿ En qué fecha ?	7 - a) b)
8 - ¿ Era usted su médico asistente ? En caso afirmativo ¿ desde que fecha ?
9 - a) ¿Cuál fue la última enfermedad del Asegurado ?.. b) ¿ Cuánto comenzó a asistirlo en esta enfermedad ? c) ¿ Que síntomas presentaba ?..... d) ¿ Por esos síntomas y su historia clínica, ¿ a qué fecha podía remontarse la enfermedad ? e) ¿Cuál fue la evolución ulterior de la enfermedad ? f) ¿ Se realizaron análisis, radiografías y otras pruebas diagnósticas ? ¿Cuáles ? ¿ En poder de quién se hallan ?.. g) ¿ Conocía el Asegurado la enfermedad que sufría? h) ¿Cuál fue la causa inmediata de su muerte ?... i) ¿ Algún familiar o amigo del Asegurado consultó a usted o fue informado por usted acerca de la afección, directa o indirectamente, causó el deceso ?..... ¿ En qué fecha ? ... j) ¿ Su fallecimiento fue causado por accidentes, sírvase facilitar los detalles que sean de su conocimiento ...	9 - a) b) c) d) e) f) g) h) i) j)
10 - a) ¿Algún otro médico le atendió durante la última enfermedad ?..... b) Nombre y dirección	a) b)

Declaración del Médico sobre la muerte del Asegurado

11 - ¿Desde que fecha permaneció reducido e impedido de atender sus

.....

12 - ¿Se contruyó sumario policial o se practicó reconocimiento médico post-mortem ? (¿Cuál , por quién y a qué conclusiones se arribó ?)

.....
.....

13 - ¿ Influyó de modo especial en el fallecimiento, directa o indirectamente, el uso de bebidas alcohólicas o drogas, la ocupación o la residencia del Asegurado ?

.....
.....
.....

14 -

a - Antes de la última enfermedad del extinto, ¿ en qué otras le prestó usted asistencia médica o fue Usted consultado ?

a -

b - ¿ En qué fecha, durante cuánto tiempo y cuál fue el resultado del tratamiento en cada caso ?

b -

15 - ¿ De qué otras enfermedades de importancia sabe Usted que padeció el extinto ?
Trate además de precisar fechas, duración y secuelas)

.....
.....
.....

16 -

a - ¿ Sabe Usted de algún otro médico que lo haya atendido en los dos últimos años ?

a -

b - Nombre y Dirección

b -

Declaro que lo expresado por mí en este formulario es exacto y completo, según mi leal saber y entender. Fechado en..... el día de de 20.....

Nombre y Apellido del médico:.....

Domicilio.....

ADVERTENCIAS ESPECIALES

El requerimiento de esta Declaración por el Asegurado, no implica reconocimiento por parte del mismo de la obligación de pagar el importe del seguro y por lo tanto se reserva las acciones y excepciones que le pudieran corresponder contra el Asegurado o el beneficiario.

Sin el perjuicio de exigir otras pruebas si lo creyere necesario, el Asegurador podrá requerir una declaración igual a la presente a cada uno de los facultativos que hayan atendido el extinto durante los últimos dos años.

Al contestar las preguntas 9, 14 y 15, consígnese detalles completos de cada proceso patológico, especialmente sobre la fecha de aparición, su duración y consecuencia, pues así se facilitará el PRONTO PAGO del siniestro.

Si la muerte hubiese sobrevivido a raíz de accidente o de manera violenta, se sobreentiende que la palabra "lesión" reemplaza a la palabra "enfermedad" en la pregunta 9.

Debe evitarse el empleo de expresiones confusas como "síncope cardíaco ", "agotamiento" u otras semejantes, a menos que se suministre minuciosos detalles en cada caso.

Cada pregunta debe contestarse separadamente, reservándose el Asegurador el derecho de requerir aclaraciones o cualquier otra información, si lo estimara necesario.

Si el espacio que se destina a las respuestas del médico resultara insuficiente, utilícese el reservado al efecto al pie de esta página.

En caso de haberse instruido sumario policial, deberá facilitarse el mejor conocimiento del mismo por el Asegurador .

OBSERVACIONES ADICIONALES

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....